

Orthophonie

# Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte

Cécile Chapuis-Vandenbogaerde et Peggy Gatignol





# **TROUBLES ORO-MYO-FONCTIONNELS CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE**

**UE 5.4.1 – 5.4.2 – 5.4.3**

Sous la direction de Cécile Chapuis-Vandenbogaerde et Peggy Gatignol

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site Web :

**[www.deboecksuperieur.com](http://www.deboecksuperieur.com)**

© De Boeck Supérieur SA, 2021  
Rue du Bosquet 7, B1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.  
Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :  
Bibliothèque royale de Belgique : 2021/13647/088  
Bibliothèque nationale, Paris : septembre 2021  
ISBN : 978-2-80733-130-3

# Sommaire

<b>Présentation des auteurs</b> .....	5
<b>Introduction</b> .....	7
Prématurité et alimentation .....	9
Troubles alimentaires du nourrisson et du jeune enfant : évaluation et axes de prises en soins en orthophonie .....	18
Phagophobie ou phobie de déglutition .....	26
Frein de langue restrictif chez le nourrisson et l'enfant : évaluation et prise en charge .....	32
Rééducation de la déglutition sur indication orthodontique .....	37
Rééducation oro-myo-fonctionnelle de l'enfant avec des troubles neuromoteurs.....	43
Troubles d'articulation isolés.....	53
Dysmorphoses faciales congénitales et développementales : anomalies vasculaires et place du diagnostic et du traitement orthophonique.....	59
Les dysmorphoses maxillo-mandibulaires.....	62
Évaluation orthophonique auprès de personnes présentant des dysmorphoses maxillo-mandibulaires.....	67
Rééducation orthophonique auprès de personnes présentant des dysmorphoses maxillo-mandibulaires.....	70
Trismus.....	74
Articulation temporo-mandibulaire (ATM) dans ses troubles acquis.....	77
Fentes palatines et insuffisances vélares : prise en charge pluridisciplinaire, évaluation et rééducation orthophoniques.....	80
Fentes et alimentation : répondre aux besoins du nouveau-né et de ses parents.....	86
Rééducation tubaire ou rééducation vélo-tubo-tympanique .....	89
Évaluation d'une paralysie faciale périphérique .....	95
Rééducation de la paralysie faciale périphérique : principes généraux.....	98
Rééducation de la paralysie faciale séquellaire.....	102
Cas particulier : l'anastomose hypoglosso-faciale .....	105
Intervention orthophonique dans le cadre de l'anastomose hypoglosso-faciale.....	108
Cas particulier : la myoplastie d'allongement du temporal .....	111
Rééducation de la myoplastie d'allongement du temporal (MAT) .....	115
Syndrome alterne .....	118

Syndrome de Moebius et prise en charge .....	123
Paralysie faciale centrale (PFC) .....	129
Spasme post-paralytique (SHFP) vs spasme hémifacial essentiel (SHFE) .....	133
Thérapie oro-myo-fonctionnelle dans le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) chez l'enfant.....	136
Thérapie oro-myo-fonctionnelle dans le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) chez l'adulte.....	139
Trisomie 21 : bilan et prise en charge du syndrome bucco-facial .....	142
Macroglossie et syndrome de Wiedemann-Beckwith.....	147
<b>Conclusion</b> .....	149
<b>Ressources</b> .....	150
<b>Index</b> .....	151

# Présentation des auteurs

**Cécile Chapuis-Vandenbogaerde**, orthophoniste et formatrice, service de chirurgie maxillo-faciale et plastique, centre de référence des fentes et malformations faciales (MAFACE), hôpital Necker, AP-HP, Paris, chargée d'enseignement, CFUO de Paris, coordinatrice et référente orthophonie, DU « fentes labio-palatines », université de Strasbourg.

**Peggy Gatignol**, orthophoniste, service ORL, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, directrice des études, département universitaire de formation et d'enseignement en orthophonie Île-de-France Sorbonne Université, professeur des universités, Sorbonne Université, laboratoire Inserm UMRS 1158 de neurophysiologie respiratoire expérimentale et clinique.

**Lise Angevin Da Costa**, orthophoniste, services de médecine et réanimation néonatales, maternité de Port-Royal, Paris, chargée d'enseignement, CFUO de Paris, intervenante DIU « troubles de l'oralité », Paris-Lille.

**Karine Bernard Jaumot**, orthophoniste et formatrice autisme, trisomie 21 et signes.

**Pascale Cahagne Pinel**, orthophoniste, chargée d'enseignement, CFUO de Paris.

**Marie-Camille Coste**, infirmière puéricultrice, service de chirurgie maxillo-faciale et plastique, centre de référence des fentes et malformations faciales (MAFACE), hôpital Necker, AP-HP, Paris.

**Anne Esnault**, orthophoniste en SSR pédiatrique ESEAN APF Nantes, DU « déglutition, comportement alimentaire de l'enfant et leurs troubles », coordinatrice et chargée d'enseignement, CFUO de Nantes.

**Sophie Gonnot**, orthophoniste et formatrice, chargée d'enseignement, CFUO de Poitiers.

**Élodie Lanandère**, orthophoniste, service ORL, groupe Pitié-Salpêtrière.

**Manon Laurillot**, orthophoniste, service de médecine et réanimation néonatales, maternité de Port-Royal, Paris.

**Audrey Lecoufle**, orthophoniste et formatrice, chargée d'enseignement, CFUO de Lille, centre de référence des affections chroniques et malformatives de l'œsophage, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHU de Lille.

**Émeline Lesecq-Lambre**, orthophoniste et formatrice, chargée d'enseignement, CFUO de Lille et d'Amiens.

**Maëlle Maignan**, orthophoniste libérale.

**Élisabeth Naux**, orthophoniste et formatrice, chargée d'enseignement, CFUO de Nantes.

**Diane Picard-Dubois**, orthophoniste, service ORL, groupe Pitié-Salpêtrière, docteur en sciences, PhD, GHU Pitié-Salpêtrière AP-HP, UMRS 1158 de neurophysiologie respiratoire expérimentale et clinique, Inserm-Sorbonne Université.

**Sophie Pihouée**, orthophoniste, chargée d'enseignement, CFUO de Paris.

**Estelle Robin**, orthophoniste, oncologie ORL, USIR/SRPR, pneumologie, hôpital Forcilles (77).

**Estelle Sanquer**, orthophoniste, service de chirurgie maxillo-faciale et plastique, centre de référence des fentes et malformations faciales (MAFACE), hôpital Necker, AP-HP, Paris, chargée d'enseignement, CFUO de Paris et de Poitiers.



# Introduction

Intégré au sein du référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste, le concept d'oralité a été complexe à envisager pour nous, auteurs. À la fois large car englobant les fonctions et investissements de la sphère oro-linguo-faciale, il est souvent associé au terme alimentaire faisant de ce concept une prise en soins centrée sur l'enfant et ses difficultés/dysfonctionnements alimentaires.

Concernant le contenu, nous nous sommes fondées sur le référentiel et avons regroupé les aspects congénitaux, développementaux et/ou acquis, et avons de ce fait traité des fonctions oro-myo-faciales et fonctionnelles.

Cet ouvrage se veut, lui aussi, **fonctionnel**. Il est la synthèse de pratiques de professionnels de terrain qui, quotidiennement, identifient, analysent et proposent des axes thérapeutiques depuis le repérage, la plainte d'un ou plusieurs de ces troubles oro-myo-faciaux.

Compte tenu des aspects transversaux (corporels, sensoriels, verbaux), envisager un chapitre de données générales était impossible. C'est pourquoi cet ouvrage déclinera au sein des chapitres une présentation du ou des symptômes, les outils et méthodes d'évaluation afin de mettre en œuvre le projet thérapeutique correspondant.

Au carrefour de plusieurs entrées (phonatoires, digestives, alimentaires), nous avons pris l'initiative de ne pas traiter les troubles acquis ou carcinologiques regroupés dans le référentiel dans les unités Phonation et Déglutition (UE 5.6).

**Pratique**, nous l'avons souhaité avec des orientations, conseils et indications de recours à d'autres professionnels. En effet, comprendre la notion d'oralité et les corrélations avec l'ensemble des fonctions oro-myo-faciales, c'est aussi connaître les thérapeutiques médicales et chirurgicales concernant le traitement de certains troubles associés aux fonctions oro-myo-faciales.

Enfin, ces troubles sont souvent le fruit d'une démarche diagnostique pluriprofessionnelle. Pour ce faire, tous les auteurs ont, d'un commun accord, souhaité partager les droits d'auteur issus des ventes de cet ouvrage avec deux associations :

**NARTMF**, pour la partie pédiatrique, association visant à soutenir la recherche en chirurgie maxillo-faciale. Déclarée en 1999 au siège social : Service de chirurgie maxillo-faciale et plastique, 149, rue de Sèvres, Hôpital Necker, 75015 Paris.

**IDEREL**, pour la partie adulte, Idée et développement en ORL évolue sur le secteur d'activité : recherche-développement scientifique. Association déclarée en mars 1994 dont le siège social est actuellement situé 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris.

Cécile Chapuis-Vandenbogaerde et Peggy Gatignol



Lise Da Costa et Manon Laurillot

# Prématurité et alimentation

## L'essentiel

### • Généralités

Un enfant est considéré comme prématuré s'il naît avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), soit avant 8 mois et demi à compter de la date des dernières règles. La limite de viabilité est fixée à 22 SA, et le poids minimal à 500 g (Haddad, 2017).

La prématurité est un sujet de santé mondial (OMS, 2018). Chaque année, entre 50 000 et 60 000 bébés naissent prématurément en France (INSERM). L'augmentation est progressive : 5,9 % des naissances en 1995, 7,4 % en 2010, pour atteindre 8 % en 2019.

La prématurité est spontanée dans 60 % des cas (contractions de travail inopinées) et induite pour les 40 % restants (déclenchement et/ou césarienne avant terme pour instabilité du rythme cardiaque fœtal, retard de croissance intra-utérin, infection, pré- ou éclampsie, décollement placentaire, etc.). Parmi les facteurs de risque, on relève :

- ▶ l'âge maternel (inférieur à 18 ans ou supérieur à 40 ans) ;
- ▶ la pénibilité ou le stress au travail ;
- ▶ les addictions (tabac, alcool, drogues) ;
- ▶ les antécédents médicaux de la mère (malformations utérines, antécédents d'accouchement prématuré, antécédents de fausses couches tardives) ;
- ▶ les risques infectieux (cytomégalovirus, toxoplasmose, etc.) ;
- ▶ les risques liés à la grossesse elle-même (grossesse multiple, hypertension artérielle, diabète gestationnel, troubles placentaires, etc.).

On distingue trois niveaux de prématurité :

- ▶ la **prématurité moyenne**, qui correspond à une naissance intervenant **entre la 32<sup>e</sup> et la 36<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée révolue** (7 à 8 mois de grossesse) ;
- ▶ la **grande prématurité**, correspondant à une naissance intervenant **entre la 28<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> SA** (6 à 7 mois de grossesse) ;
- ▶ la **très grande prématurité**, pour les naissances intervenant **avant 28 semaines**, soit en deçà de 6 mois de grossesse.

Ces stades de prématurité induisant des nécessités de soins médico-techniques spécifiques, il existe différents types de maternités :

- ▶ les maternités de **type 1**, qui prennent en charge les grossesses dites normales, au décours et au suivi médical simples. Ces dernières proposent une unité d'obstétrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge de la mère ;
- ▶ les maternités de **type 2**, constituées d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie. Les maternités de **type 2A** assurent la surveillance des grossesses à risque modéré, et l'unité de néonatalogie reçoit des nouveau-nés dont la prématurité est moyenne (à partir de 32-33 SA, 8 mois de grossesse), sans prise en charge lourde (notamment respiratoire), et nécessitant des soins et

besoins médicaux simples. Certaines de ces maternités disposent de soins intensifs sur place ou à proximité, et sont alors classées **type 2B** ;

- ▶ les maternités de **type 3**, qui sont dotées d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie, d'une unité de soins intensifs, ainsi que d'un service de réanimation néonatale. L'unité de soins intensifs néonataux prend en charge des nouveau-nés vulnérables qui requièrent des soins complexes et une surveillance continue, tandis que l'unité de réanimation néonatale accueille les nouveau-nés les plus fragiles, dépendants le plus souvent d'une assistance respiratoire, nutritionnelle et médicamenteuse continue (Dageville, 2004).

### • *La succion et les difficultés alimentaires du bébé prématuré*

#### Le développement de la succion in utero

Bien que dite « réflexe », la succion reste une activité complexe qui mature, évolue et se construit tout au long de la gestation. Elle engage la maturation neurologique, la force et la coordination musculaire, et ce, très tôt dans la vie prénatale (Mizuno & Ueda, 2003).

- ▶ Dès la **7<sup>e</sup> semaine** in utero, les premiers mouvements d'ouverture de bouche s'ébauchent et le tronc cérébral reçoit les premières afférences sensorielles de la zone oropharyngée (Senez, 2002).
- ▶ Vers la **10<sup>e</sup> semaine**, le tonus axial permet le redressement de la tête, la langue descend, le palais se forme, la main touche les lèvres, la bouche s'ouvre, et la langue sort pour toucher la main. Cette séquence motrice et sensorielle est appelée « réflexe de Hooker ». Objectivables à l'échographie dès 10 SA, ces premières séquences d'autostimulation de la zone orale établissent les jalons nécessaires au développement de la succion.
- ▶ Aux alentours de la **12<sup>e</sup> semaine**, la langue gagne en finesse sensorielle avec la formation des papilles gustatives. Sur le plan moteur, des mouvements de propulsion et de rétropulsion s'articulent en mouvements de lapement. Ces premières déglutitions vont déclencher la mise en route des systèmes digestif et rénal, et entraîner la croissance du massif crânio-facial et de la mandibule (Senez, 2002).
- ▶ Aux environs de la **15<sup>e</sup> semaine**, les déglutitions s'organisent avec l'autonomie du fonctionnement du tronc cérébral (Leroy-Malherbe, 2014). Le fœtus va ainsi déglutir des quantités croissantes de liquide amniotique allant de 500 à 1 000 cm<sup>3</sup> (Couly *et al.*, 2009).
- ▶ À partir de la **34<sup>e</sup> semaine**, la succion et la déglutition tendent à se coordonner suivant les temps oral, pharyngien et œsophagien de manière efficiente.
- ▶ L'étape de la **37<sup>e</sup> semaine** signe la maturation de la coordination entre succion-déglutition et respiration. Les mouvements thoraciques, abdominaux, ainsi qu'un flux nasal sont observables et réguliers. Si cette coordination est possible chez certains bébés, elle ne fait pas l'unanimité puisqu'elle reste observable chez seulement 32 % d'entre eux (Grassi *et al.*, 2005). Cliniquement, cette séquence est supposée performante si le nourrisson ne manifeste ni bradycardie, ni désaturation, ni apnée, ni polypnée lors de la tétée. Cette coordination signera l'autonomie alimentaire et une juste prise des quantités suivant un ratio moyen de 1-1-1 (une succion, une déglutition, une respiration ; Lau, 2007).

Les âges et repères gestationnels énoncés précédemment restent des moyennes issues de la littérature. Sur le plan clinique, ces repères restent discutables, car la succion n'évolue pas de manière linéaire, mais suit plutôt des paliers d'acquisition individu-dépendants (Da Costa, 2015).

#### Les suctions nutritive et non nutritive

Il existe deux principales composantes de la succion : l'écrasement (mouvements haut-bas de la mandibule) et l'aspiration (mouvements antéro-postérieurs).

On distingue deux types de suctions :

- ▶ La **succion dite non nutritive (SNN)**, caractérisée par l'absence d'ingestion de liquide (sauf déglutitions salivaires), mature aux alentours de 29 SA. Cette succion recouvre une dimension affective, à visée de plaisir, et exploratoire (Missonnier & Boige, 2003). Elle peut remplacer peu à peu la succion nutritive à la fin du repas (Thirion, 2014). La SNN se caractérise par une alternance désordonnée de salves et de pauses « à vide », mettant en jeu 3 à 5 mouvements par salve, sur un rythme rapide et présentant un ratio moyen de 8 mouvements pour une déglutition (Lavollay & De Rancourt, 2005). Elle est décrite comme une alternance « de rafales et de pauses », majoritairement, voire exclusivement constituée de mouvements d'écrasement (Lecanuet, 2002). La SNN est une alliée précieuse et nécessaire de la prise en soins en néonatalogie, car elle produit un effet analgésique, réduit le stress et constitue une source d'apaisement et de réconfort pour l'enfant (Liaw *et al.*, 2011). Par ailleurs, elle contribue à une meilleure vidange gastrique.
- ▶ La **succion nutritive (SN)**, caractéristique de la prise de lait et remplissant une fonction vitale alimentaire. Généralement mature entre 34 et 38 SA, son efficacité reste individu-dépendante, d'autant plus que sa maturation évolue jusqu'à 6 mois post-natal (Leroy-Malherbe, 2014). Les lèvres éversées et la tonicité du muscle orbiculaire assurent un effet ventouse qui permet une prise hermétique sans fuite d'air et participent à la création d'un vide intra-buccal. Les mouvements d'écrasement et d'aspiration coordonnés, couplés aux vagues péristaltiques permettent respectivement l'expression du lait et l'orientation du liquide en arrière vers le pharynx.

### Les capacités et les difficultés de succion du bébé prématuré

La prématurité vient interrompre l'apprentissage et la maturation de la succion (Renault, 2011). Bien que l'autonomie alimentaire soit mise à mal, tous les enfants prématurés ne naissent pas égaux face à ces difficultés. Leurs compétences sont variables, entre autres, selon leur terme de naissance.

#### *Chez l'enfant de prématurité moyenne (32-37 SA)*

- ▶ La SNN est généralement en place et fonctionnelle. Le tout-petit suce son pouce, ou une tétine adaptée peut lui être proposée.
- ▶ La SN : l'enfant est généralement capable de téter ou est alors proche d'acquérir cette compétence s'il a pu s'adapter de façon optimale à l'environnement aérien, et arrive à coordonner succion-déglutition et respiration (Louis, 2010).

#### *Chez l'enfant grand prématuré (28-32 SA)*

- ▶ La SNN est en cours d'acquisition. Cet apprentissage de la SNN est fragilisé par le changement d'environnement (aqueux/aérien).
- ▶ La SN n'est généralement pas fonctionnelle. Le tout-petit n'est pas en mesure de s'alimenter de façon autonome ; les apports nutritionnels sont assurés par voie entérale, voire parentérale (Louis, 2010). Un accompagnement des débuts d'alimentation orale est souvent nécessaire pour ces enfants.

#### *Chez l'enfant très grand prématuré (< 28 SA)*

- ▶ La SNN n'est généralement pas fonctionnelle. Des sucettes de taille adaptée sont toutefois proposées au cas par cas.
- ▶ La SN n'est pas acquise : l'enfant est dépendant de la technologie médicale. Il reçoit une alimentation enrichie par sonde et de nombreux médicaments par voie intraveineuse.

Toutefois, ces capacités et difficultés de l'enfant prématuré peuvent être également affectées par toute complication neurologique, respiratoire ou digestive, ici écartée de ce descriptif. Les variabilités individuelles de développement rendent nécessaires une évaluation et un regard clinique au cas par cas.

## Des soins invasifs mais nécessaires

Du fait de leurs immaturités diverses, les enfants prématurés requièrent des soins vitaux qui peuvent être lourds et douloureux. Ces soins médicaux induisent la nécessité d'une surveillance continue par la pose d'électrodes, la réalisation de ponctions ; l'installation de perfusions, d'une ventilation avec une intubation ou une assistance respiratoire par masque, d'une alimentation entérale avec des changements fréquents de sonde et d'adhésifs pour le maintien ; ou encore la réalisation de soins quotidiens tels que les nettoyages de la bouche, des yeux, les aspirations nasales, buccales ou trachéales. Ces interventions de routine sont vécues comme des moments stressants et douloureux par le tout-petit (Kuhn *et al.*, 2011).

La bouche, carrefour de l'alimentation, de la respiration et des oralités naissantes, est particulièrement malmenée. Les enfants risquent d'en faire une zone hyper-défendue et de l'investir négativement (Leblanc & Ruffier-Bourdet, 2009).

### • La prise en soins en néonatalogie

#### Le NIDCAP

Pour améliorer la prise en soins des bébés prématurés et pallier les répercussions délétères des soins vitaux sur le nouveau-né, Als a proposé dès 1986 un programme de soins favorable au développement de l'enfant prématuré (Als, 2017).

Le NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) a pour objectifs de repenser l'environnement de l'enfant prématuré, de prodiguer des stimulations favorables au développement de l'enfant d'une façon générale, et de réduire les facteurs de stress et de douleur associés aux gestes médicaux. Les soins proposés visent à rétablir les déséquilibres sensoriels en limitant les stimulations inadaptées, et en réintroduisant des stimulations agréables et utiles pour le nouveau-né, le plus précocement possible. Ces interventions doivent être centrées sur la famille.

La participation des différents professionnels en néonatalogie, y compris celle des orthophonistes, se situe dans cette perspective et vise une prise en soins pluridisciplinaire, coordonnée et adaptée à chaque bébé (Barbier & Laurillot, 2020).

#### L'évaluation de l'oralité

L'observation est l'outil principal de l'évaluation (avant, pendant, après les repas ; Touzet & Nyame, 2018). Les observations sont enrichies de données médicales, de renseignements donnés par les parents et les soignants, pour permettre *in fine* d'en déduire des recommandations spécifiques et individualisées. Des groupes de travail existent, afin de réfléchir à la dynamique générale et aux axes de travail en oralité du service (élaboration d'outils, etc.). Des sessions de formation internes peuvent être organisées afin d'assurer une continuité des soins et une juste compréhension des outils et objectifs résultant de ces travaux.

Des réunions hebdomadaires ont lieu pour définir le plan de soins alimentaires de chaque enfant.

La réflexion pluridisciplinaire s'articule autour des différentes observations générales de l'enfant :

- ▶ son environnement (sollicitations sonores, olfactives, tactiles, et vestibulaires) ;
- ▶ son rythme et la qualité de son éveil et de son sommeil, ses compétences d'attention et d'interaction, son appétence ;
- ▶ son installation, sa posture, son tonus, sa motricité spontanée et orientée face aux sollicitations sensorielles proposées (voix, sons, odeurs, images, regards, touchers, goûts, mouvements), tout en veillant aux points d'appui proposés par les installations et lors des manipulations ;
- ▶ sa capacité à se regrouper, à porter ses mains à la bouche, à se réorganiser en cas de sollicitations non adaptées.

Une attention spécifique sera également portée à :

- ▶ son anatomie crânio-faciale et buccale : mandibule, forme du visage, crâne, frein restrictif, palais, etc. ;
- ▶ ses expressions faciales et vocales ;
- ▶ le tonus et la mobilité de ses muscles oro-faciaux ;
- ▶ ses réactions (odeurs, toucher, etc.) ;
- ▶ les réflexes primaires (Hooker, points cardinaux, foussement, orientation de la langue, succion) ;
- ▶ ses habitudes de succion non nutritive hors repas (tétine non nutritive, pouce).

Enfin, l'observation fine portera sur l'enfant autour du temps de repas :

- ▶ comportement de recherche de nourriture avec présence ou non de réflexes d'auto-stimulation oro-faciale ;
- ▶ plaisir de téter ;
- ▶ rythme de succion, déglutition, respiration (SDR), ainsi que coordination des trois, qualité de la déglutition (présence ou non de fausses routes, événements respiratoires) ;
- ▶ trains de succion, mouvements amples, lents et réguliers avec de longues salves de succion ;
- ▶ force d'écrasement et d'aspiration ;
- ▶ endurance des muscles spécifiques de la succion (orbiculaire des lèvres pour l'enserrement du mamelon ou de la tétine, muscles masséters, buccinateurs et temporaux) ;
- ▶ fatigabilité générale du bébé, présence ou non de pauses, durée de ces pauses ;
- ▶ en fonction du type d'alimentation : composition du lait, quantité, vitesse d'administration, texture, goût, odeur, température, etc. ;
- ▶ qualité de la digestion et du transit (qualité et vitesse de la vidange gastrique) ;
- ▶ signes associés : mâchonnement, reflux, rots, plaintes vocales, geignements, tortillements, poussées, etc.

## La prise en soins de l'oralité

### *La prévention*

La prise en soins de l'oralité alimentaire a une grande importance pour prévenir et minimiser l'apparition des troubles alimentaires pédiatriques (Ratet *et al.*, 2017). Elle permet également de mettre les parents au cœur du projet de soins. Elle vise à fournir des propositions adaptées aux besoins et aux comportements de chaque bébé en évitant les dystimulations et en favorisant le bien-être du bébé par :

- ▶ le peau à peau précoce et prolongé. Celui-ci apparaît comme un acte soignant majeur, qu'il est nécessaire d'encourager. La proximité physique par le portage (aussi appelé « quatrième trimestre de gestation ») favorise la montée laiteuse et l'installation de la lactation ;
- ▶ l'environnement verbal adapté qui permet d'entrer en interaction avec le bébé et d'installer un bain verbal régulier. Là encore, l'interaction parentale est privilégiée. Pour soutenir l'émergence et la pérennisation de ce dialogue parents-enfant, les services de néonatalogie peuvent proposer des groupes de parole aux parents, mais aussi des activités diverses (lectures de livres pour bébé avec bibliothécaires et orthophonistes, musique et chants avec des musicothérapeutes, art-thérapie, etc.) ;
- ▶ le respect du sommeil et les rythmes physiologiques pour permettre au bébé de récupérer de l'énergie, d'améliorer ses apprentissages (myélinisation des connexions neuronales) et son appétence alimentaire ;
- ▶ l'écoute de l'état de vigilance et d'interaction qui devra être suffisant et serein pour un repas de qualité ;
- ▶ l'encouragement de la succion non nutritive lorsque le bébé en montre les signes (déclenchement de la motilité intestinale, activation de salivation qui favorise la digestion, etc.) ;
- ▶ la qualité de l'installation et la posture lors du repas ;

- ▶ la sollicitation des réflexes d'orientation et de succion avant de proposer saccharose ou lait à téter ;
- ▶ l'adaptation et l'ajustement de l'alimentation dans son mode d'administration (parentérale, entérale, tasse, sein, paille au sein, paille au doigt, biberon avec tétine adaptée), rythme, débit, durée, température, densité.

*Les outils d'aide à l'alimentation et les dispositifs d'alimentation alternative*

Avant que le bébé soit capable de s'alimenter par lui-même au sein ou au biberon, il sera nourri par :

### **L'alimentation parentérale**

Chez les bébés les plus prématurés (souvent avant 34 SA) ou les plus malades, une solution nutritive appelée hyperalimentation intraveineuse ou alimentation parentérale est administrée en continu par un petit cathéter inséré dans une des petites veines du bébé (KTC ou « cathéter central » par la veine cave ; KTJ par la jugulaire ; KTVO par l'ombilic ; VVP « voie veineuse périphérique »).

Aujourd'hui, le lait (maternel, de lactarium, ou pour prématuré) est rapidement introduit, souvent dans les premières 24-48 heures de vie. Les quantités augmentent progressivement.

### **L'alimentation par sonde/entérale**

La sonde est un petit tube qui permet d'amener directement le lait dans l'estomac. Elle peut être oro-gastrique c'est-à-dire qu'elle passe par la bouche pour aller jusqu'à l'estomac, ou naso-gastrique lorsqu'elle passe par le nez. La seringue d'alimentation contenant le lait est branchée sur un pousse-seringue. Il s'agit d'une pompe qui pousse de façon régulière et constante la quantité de lait. Le débit est variable et ajustable : l'alimentation continue, recommandée en cas d'immaturité gastrique, permet d'éviter une distension de l'estomac ; l'alimentation discontinue est quant à elle proposée à heures régulières, 2 heures/3 heures, 1 heures/3 heures, 30 minutes (Lenclen *et al.*, 2004).

Lorsque le lait s'écoule par gravité dans la sonde et non plus avec le pousse-seringue, on parle d'alimentation à la tulipe. Cela peut convenir pour la ration complète ou en complément d'une tétée. Ce mode d'alimentation présente plusieurs avantages : premièrement, il permet une observation fine du comportement du bébé pour s'adapter à sa physiologie en faisant des pauses en cas d'inconfort et en laissant remonter l'air de l'estomac si besoin ; deuxièmement, il se rapproche du rythme nutritionnel per os.

Lors de l'alimentation par sonde, la SNN peut être proposée (sucette, mains de l'enfant près de son visage, doigt du parent) afin de soutenir la vidange gastrique.

La transition de l'alimentation par sonde à l'alimentation orale reste une phase délicate, influencée par un véritable processus maturatif incluant une stabilité cardio-respiratoire, une régulation des états de veille et de sommeil, et le développement des compétences « motrices » de la sphère orale. L'équipe s'ajuste toujours en fonction des degrés de tolérance digestive et de l'autonomie alimentaire possible de l'enfant. Les réévaluations sont régulières afin de rester dans une zone proximale de développement, c'est-à-dire « ni trop ni trop peu ». Le défi des méthodes alternatives consiste alors à déterminer le mode alimentaire le plus approprié pour soutenir au mieux le bébé dans son apprentissage vers l'autonomie alimentaire. Celles-ci permettent de procurer plaisir, expériences orales positives, tout en respectant le projet d'alimentation des familles.

Il existe plusieurs façons de proposer le lait au bébé. À ce jour, il n'y a ni consensus ni études scientifiques en faveur d'une méthode spécifique. Leur utilisation varie d'une unité néonatale à l'autre, car toutes ont des avantages et des inconvénients. L'important est de respecter les signes et les rythmes du bébé pour commencer l'alimentation « active » au bon moment. Pour la faire progresser dans des conditions optimales, il est nécessaire d'observer et de réévaluer régulièrement les compétences et les vulnérabilités de l'enfant.

### **La seringue**

La technique du « goutte à goutte » (le bébé ne doit pas aspirer le piston) à la seringue est une stimulation positive, pour des quantités limitées. Elle peut être proposée dès la naissance avec le colostrum maternel.

### **La tasse/*cup feeding***

L'enfant doit être dans une phase d'éveil calme et installé en position semi-assise. Un petit contenant rempli de lait (cuillère, soft-cup, babycup, bouchon de biberon) est proposé à l'enfant. Incliné pour que le lait remonte sur le bord, il vient effleurer la lèvre inférieure de l'enfant pour que celui-ci vienne en laper le contenu.

### **La paille au doigt ou l'alimentation au doigt/*finger feeding***

Une petite sonde (paille) est fixée sur le doigt ganté. L'autre extrémité est immergée dans le contenant de lait (seringue ou biberon). Le doigt est présenté à l'enfant, pulpe vers le haut, sur la commissure des lèvres afin qu'il ouvre la bouche et s'en saisisse par lui-même. Quelques gouttes de lait peuvent être préalablement déposées sur le gant pour que la sensation en bouche soit plus agréable. Le bébé va venir téter le doigt, sa force aspiratoire fera monter le lait dans la sonde, jusqu'à sa bouche. Certains paramètres sont modulables, pour faire varier le débit et donc gérer le flux de lait qui arrive en bouche du bébé : le diamètre de la sonde, la longueur de la sonde, la hauteur du contenant. Le placement de la langue et de la mâchoire induit s'apparente à celui de la succion au sein. L'enfant doit écraser et aspirer pour faire monter le lait. Cela fournit donc un entraînement postural et musculaire de qualité en vue d'un transfert de compétences pour les mises en sein. Chez l'enfant non allaité, la paille au doigt présente l'avantage pour le tout-petit de contrôler le flux de lait arrivant dans sa bouche.

### **Le DAL (dispositif d'aide à l'allaitement) ou paille au sein**

Le système matériel est le même que pour l'alimentation au doigt, mais en étant cette fois fixé au sein de la maman. Il est proposé en phase d'apprentissage, lorsque la succion du bébé prématuré est efficace, mais que le maintien temporel de son effort ne lui permet pas encore de prendre toutes ses quantités alimentaires au sein. Ce système permet de stimuler la lactation de la maman (succion du bébé qui draine le sein), assure l'apport nutritionnel au bébé et favorise le lien mère-enfant.

### *L'intervention de tous les sens*

La prise en soins se fait toujours en respectant les réactions du bébé et dans un partenariat étroit avec les parents. L'oralité alimentaire étant au carrefour des sens, la prise en soins et l'accompagnement intègrent nécessairement une dimension multisensorielle, douce et progressive :

- ▶ sur le plan olfactif : colostrum, lait maternel ou bien odeurs d'aliments consommés par la maman durant sa grossesse ;
- ▶ sur le plan tactile : par le toucher et les massages, par des pressions successives, glissées, ou par des circumductions disto-proximales ;
- ▶ sur le plan de l'équilibre : face au manque de sollicitations vestibulaires durant la période d'hospitalisation (bébé souvent à l'horizontal dans son lit), il est également possible de proposer un léger et lent bercement alterné ;
- ▶ sur le plan auditif et visuel : limiter les stimulations fortes et adapter l'environnement (privilégier les lumières douces et tamisées, parler à voix basse, surveiller les alarmes, adopter un langage adapté avec le bébé pour le prévenir de ses soins et visites, etc.).

Lorsque cet enveloppement auditif, visuel, olfactif et tactile est fourni par les parents, l'enfant est d'autant plus rassuré et capable de s'ouvrir progressivement à son environnement.

### • *En conclusion*

Tout au long de la gestation, le bébé entraîne sa succion afin que celle-ci soit pleinement fonctionnelle, lui permette une prise alimentaire suffisante dès la naissance et participe à lui garantir une bonne adaptation extra-utérine. Profitant du cocon sensoriel du ventre maternel, il développe son oralité en douceur. Lorsque la naissance intervient prématurément, le bébé est interrompu dans son développement

# Troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et l'adulte

**Tout ce qu'il faut savoir sur les troubles oro-myofonctionnels pour la pratique orthophonique dans un seul ouvrage.**

Ce livre à la fois fonctionnel et pratique (synthèse de pratiques professionnelles de terrain) aborde l'ensemble des pathologies liées aux troubles oro-myofonctionnels chez l'enfant et chez l'adulte. Il suit rigoureusement le référentiel français de formation des études d'orthophonie et regroupe les aspects congénitaux, développementaux et/ou acquis.

Organisé en fiches, il propose des orientations, conseils et indications de recours à d'autres professionnels ou thérapeutiques médicales et chirurgicales.

Chaque fiche propose :

- un exposé des connaissances actuelles et des concepts essentiels,
- une bibliographie sélective,
- une synthèse des items à connaître récapitulant l'étiologie, la clinique et les mots-clés.

Enfin, ce livre est le fruit d'une démarche diagnostique pluri-professionnelle. Pour ce faire, tous les auteurs ont, d'un commun accord, souhaité partager les droits d'auteur issus des ventes de cet ouvrage à deux associations visant à soutenir la recherche sur ces pathologies, l'une à visée pédiatrique, l'autre ciblée sur la prise en charge adulte.

## Les auteurs

**Cécile CHAPUIS-VANDEBOGAERDE** est orthophoniste au sein du service de chirurgie maxillo-faciale et plastique du centre de référence des fentes et malformations faciales (MAFACE) à l'hôpital Necker, AP-HP, Paris. Formatrice, elle est aussi chargée d'enseignement au DUEFO de Paris, et coordinatrice et référente orthophonie du DU « Fentes labio-palatines » de l'université de Strasbourg.

**Peggy GATIGNOL** est orthophoniste au sein du service ORL à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris) et directrice des études du département universitaire de formation et d'enseignement en orthophonie Île-de-France-Sorbonne Université. Après un DEA (M2) sur les anastomoses hypoglosso-faciales et une thèse de neurosciences, elle a été nommée professeur des universités à Sorbonne Université, a intégré le laboratoire INSERM UMRS 1158 de neurophysiologie respiratoire expérimentale et clinique. Ses travaux de recherche portent sur la phonation, ventilation et respiration.

deboeck **B**  
SUPÉRIEUR

[www.deboecksuperieur.com](http://www.deboecksuperieur.com)

ISBN : 978-2-8073-3130-3



9 782807 331303